

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO Partita Iva/ C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F.      01992940567	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici	10 TA	n. registro Ministero Sanita'	ITCA01026250
provincia in cui si e' iscritti	TA	ORTOFUBICON srl IT25E0103073120000000444212	
		Via Cordelli Scossa, 83 Grotte di Castro      01025      VT Telefono      0763797102	

PRESCRIZIONE numero	DATA
---------------------	------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE		
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI		
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE (MALATTIE INFETTIVE)		

**LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI**

--

**CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI**

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
Altro			

**ORTODONZIA MOBILE**

PIANO	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> altro
COSTRUZIONE	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> altro

**ORTODONZIA FISSA**

<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE	su :	_____	_____
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE SULL' IMPRONTA	su :	_____	_____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO	.....	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su : _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO	.....	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su : _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO	.....	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su : _____
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO	.....	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su : _____

**ORTODONZIA POSIZIONATORE**

MATERIALI	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> altro
AUSILIARI	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE	<input type="checkbox"/> altro	

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> MODELLI	<input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> CERA
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> BANDE	<input type="checkbox"/> CERA DI COSTRUZIONE
<input type="checkbox"/> RIF. CEFALOMETRICI			<input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> ALTRO

CONSEGNA PER		FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
--------------	--	-------------------------------